様式１）馬ワクチン予防接種等推進事業に係るワクチン接種計画書

　　年　　月　　日

公益社団法人群馬県畜産協会長　様

（馬飼養者）

　住所

　団体名

　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　電話

　令和４年度「馬伝染性疾病防疫推進対策事業（馬防疫強化地域推進対策事業）のうち馬ワクチン予防接種等推進事業」に参加するため、事業実施要領に基づき、事業実施計画を次のとおり提出します。

記

１　馬インフルエンザワクチン接種予定頭数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 用途 | 実施予定頭数（頭） |
| 事業対象の馬インフルエンザワクチン接種対象馬 | 農用馬 |  |
| 乗用馬 |  |
| その他 |  |

* 競走馬や他の事業で馬インフルエンザワクチン接種の対象となっている馬については、対象となりません。

２　馬鼻肺炎ワクチン接種予定頭数

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 実施予定頭数（頭） |
| 事業対象（繁殖牝馬）の馬鼻肺炎ワクチン接種対象馬 |  |

３　事務担当者名・連絡先（電話・携帯・FAX・メール等）

【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

４　接種予定獣医師名

【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

（様式３）馬ワクチン予防接種等推進事業報告書並びに助成金申請書

（馬鼻肺炎ワクチン接種）

　　年　　月　　日

公益社団法人群馬県畜産協会長　様

（馬飼養者）

　住所

　団体名

　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

令和４年度「馬伝染性疾病防疫推進対策事業（馬防疫強化地域推進対策事業）のうち馬ワクチン予防接種等推進事業」に係る事業実施要領に基づき、事業報告します。詳細は、別添の「（様式３－１）馬ワクチン予防接種等推進事業ワクチン接種報告書（馬鼻肺炎ワクチン接種）」のとおりです。併せて下記のとおり助成金を申請します。

記

１　馬鼻肺炎ワクチン接種頭数及び助成金申請額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種頭数 | **×** | 助成金単価（円）  上限12,000円 | **＝** | 助成金申請額（円） |
|  |  |  |

２　添付書類

（１）「（様式３－１）馬ワクチン予防接種等推進事業ワクチン接種報告書

（馬鼻肺炎ワクチン接種）」

（２）馬鼻肺炎ワクチン接種代金が確認できる書類

３　助成金振込口座　※必要事項を記載または〇で囲んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 農協　銀行　信連  信組　金庫 | | | | | | | |
| 支店等名称 | 所・店 | | | | | | | |
| 口座種目 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義人氏名 |  | | | | | | | |

４　担当者様の氏名・連絡先（別紙にて記載送付も可）

【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

（様式３－１）馬ワクチン予防接種等推進事業ワクチン接種報告書（馬鼻肺炎ワクチン接種）

下記名簿の馬について、ワクチン接種したので報告します。※頭数が多い場合は複写するか、または、別紙を添付して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 馬飼養者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 馬名（名号） | 品種 | 性別 | 生年月日 | 直近のワクチン接種年月日 | |
| １回目 | ２回目 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |

※馬の名簿は、別紙でも可。その場合は馬名（名号）の欄に別紙のとおりとされたい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種獣医師 | 獣医師氏名 | 印 |
| （所属） |  |
| 住所（市町村名） |  |
| 電話（連絡先） |  |